

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926

THÈSE

N^o 303

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Maurice CAPLAIN

Né le 2 octobre 1898, à Paris
Externe des Hôpitaux

A PROPOS D'UN CAS

DE

GROSSESSE

DANS UN UTÉRUS DIDELPHE

Président : M. J.-L. FAURE, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1926



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Maurice CAPLAIN

Né le 2 octobre 1898, à Paris
Externe des Hôpitaux

A PROPOS D'UN CAS

DE

GROSSESSE

DANS UN UTÉRUS DIDELPHE

Président : M. J.-L. FAURE, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

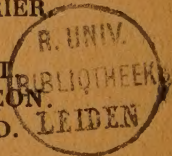
15, RUE CACINE, 15

1926

LE DOYEN. . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie.	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	N...
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	N...
Clinique médicale	{ GILBERT.
	{ BEZANÇON.
	{ ACHARD.
	{ WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	{ DELBET.
	{ HARTMANN.
	{ LEJARS.
	{ GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	{ COUVELAIRE.
	{ BRINDEAU.
	{ JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Sans chaire	ROUVIÈRE.



II.—AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
 ALGLAVE . . Pathologie chirurgicale.
 AUBERTIN. . Pathologie médicale.
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN. . Pathologie médicale.
 BINET Physiologie.
 BLANCHETIÈRE Chimie biologique.
 BRANCA . . . Histologie.
 BRULÉ. . . . Pathologie médicale.
 BUSQUET. . . Pharmacologie et ma-
 tière médicale.
 CADENAT . . Pathologie chirurgicale.
 CHAMPY . . . Histologie.
 CHIRAY . . . Pathologie médicale.
 CLERC Pathologie médicale.
 DEBRÉ Hygiène.
 I. de JONG . . Anatomie pathologique.
 DUVOIR . . . Médecine légale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FIESSINGER. Pathologie médicale.
 FOIX. Pathologie médicale.
 GARNIER . . Pathologie expérimental¹⁰
 HARVIER. . . Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER Urologie.

MM.

HOVELACQUE . Anatomie.
 JOYEUX . . . Parasitologie.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LARDENNOIS Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER. . . Obstétrique.
 LEMAITRE. . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEMIERRE . . Pathologie médicale.
 LÉVY-SOLAL. Obstétrique.
 LHERMITTE . Pathologie mentale.
 LIAN. ? . . . Pathologie médicale.
 MATHIEU . . . Pathologie chirurgicale
 METZGER . . . Obstétrique.
 MOCQUOT . . Pathologie chirurgicale.
 MONDOR. . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
 MULON. . . . Histologie.
 PHILIBERT. . Bactériologie.
 RIBIERRE. . . Pathologie médicale.
 RICHET Fils. . Physiologie.
 TANON. . . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique
 VERNE. . . . Histologie.
 VILLARET . . Pathologie médicale.

III.—AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

GOUGEROT . Pathologie médicale.
 GUÉNIOT. . . Obstétrique.

MM.

RETTERER. . Histologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

MM.	MM.
AUVRAY. . . Clinique chirurgicale.	LÉRI. Clinique médicale.
CHEVASSU. . Clinique chirurgicale.	LÉPER. . . . Clinique médicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. Clinique médicale.	PROUST. . . . Clinique chirurgicale.
LEREBOULLET. Clinique médicale in- fantile.	RATHERY. . . Clinique médicale.
	SCHWARTZ. Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.	
CHAILLAY BERT	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Éducation physique.
	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur JEAN-LOUIS FAURE

Chirurgien de l'Hôpital Broca
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

*Qui nous a fait le très grand
honneur d'accepter la présidence
de cette thèse.*

Au Docteur Louis MICHON

Prosecteur des Hôpitaux

*Que nous remercions vivement
d'avoir bien voulu nous aider de
ses conseils dans la rédaction de
cette thèse.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Monsieur le Docteur ROUTIER

Chirurgien honoraire des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine

STAGE

Monsieur le Professeur ACHARD

Monsieur le Professeur DELBET

Monsieur le Professeur agrégé RIBIERRE

EXTERNAT

Monsieur le Docteur CAPETTE

Monsieur le Docteur SOULIGOUX

Monsieur le Professeur ACHARD

Monsieur le Professeur agrégé ABRAMI

Monsieur le Docteur JULES RENAULT

Monsieur le Docteur LEVANT

Monsieur le Docteur MICHON

Messieurs les Docteurs THIERS et LEGOUT

A PROPOS D'UN CAS
DE
GROSSESSE
DANS UN UTÉRUS DIDELPHE

INTRODUCTION

A propos d'une observation que nous croyons particulièrement complète de grossesse dans un utérus double, il nous a paru intéressant de reprendre ici l'étude de certains points concernant cette question.

Les faits de grossesse dans un utérus double sont rares, mais ne sont pourtant pas exceptionnels. Ils présentent un triple intérêt :

Intérêt clinique parce que la grossesse n'évolue pas toujours de façon normale ;

Intérêt diagnostic parce qu'on risque de la confondre avec différentes affections.

Intérêt thérapeutique parce qu'elle peut, en certains cas, être cause de dystocie nécessitant une intervention.

Voici tout d'abord l'observation servant de base à cette modeste étude.

OBSERVATION

(Due à l'obligeance du Dr Louis Michon)

Mme M..., âgée de 20 ans, réglée à 14 ans, et depuis régulièrement tous les mois, vient consulter le 29 octobre 1925 se plaignant d'une volumineuse tumeur abdominale à localisation iliaque droite, accompagnée de quelques douleurs.

Les dernières règles datent du 20 août 1925.

Depuis aucune perte.

Examen. — A la palpation, on trouve une masse de la grosseur de la tête d'un fœtus à terme, régulière, paraissant rénitente, mobile et donnant l'impression d'un kyste de l'ovaire.

Au cours de l'examen vaginal, on s'aperçoit qu'il existe un double vagin. Les deux vagins sont de dimensions sensiblement analogues. Il existe également deux cols nettement séparés l'un de l'autre.

De cet examen, il semble donc bien résulter qu'il s'agit d'une division complète de l'appareil génital et qu'il y a grossesse dans l'utérus droit. Ce qui explique la situation franchement latérale droite de la tumeur abdominale, situation qui, si la division de l'appareil génital n'avait pas été découverte, aurait fait pencher le diagnostic en faveur d'une masse annexielle et en particulier d'un kyste avec réserves sur la possibilité d'une grossesse extra-utérine.

Nouvel examen le 25 novembre 1925. Le diagnostic n'est pas encore établi avec certitude, car la masse qui paraît

avoir augmenté de volume est toujours en position latérale droite.

D'autre part, les douleurs accusées par la malade sont toujours assez vives. Dans ces conditions, on conseille une intervention exploratrice.

La malade entre à l'Hôpital Beaujon, service du Dr Michon, le 2 décembre 1925.

L'intervention est faite le 5 décembre par le Dr Louis Michon, anesthésie au mélange de Schleich.

La laparatomie médiane sous-ombilicale permet de vérifier le diagnostic de dédoublement complet de l'appareil génital avec grossesse d'environ quatre mois dans l'utérus de droite. L'utérus de gauche paraît également augmenté de volume, donnant l'impression d'un utérus au début d'une gravidité.

La trompe et l'ovaire gauche sont normaux.

Par suite de l'intervention en position inclinée de Tredelemburg, l'utérus gravide, qui était quelque peu basculé en arrière, s'est trouvé replacé en bonne position.

Suture de la paroi à la soie.

Suites opératoires simples. La malade quitte l'hôpital dix-huit jours après l'intervention. Les douleurs ont disparu ; elles étaient sans doute en rapport avec la rétroversion que l'intervention exploratrice a fait disparaître.

Elle est montrée quinze jours après au Dr Ecalle qui préconise l'hospitalisation à partir du septième mois.

Le 12 avril 1926, la femme est prise de douleurs. Elle entre à la Maternité de l'Hôpital Beaujon. Grossesse de sept mois et demi. Siège décomplété, bruits du cœur fœtal bons.

Accouchement normal d'un garçon vivant pesant 2.680 gr.,
après un travail de neuf heures un quart.

Délivrance naturelle et complète pesant 420 grammes.

Suites de couches normales.

PLAN

Après avoir esquissé un aperçu général sur les malformations utérines et leur embryologie, nous limiterons notre étude à la grossesse dans le cas de division complète de l'appareil génital, c'est-à-dire d'utérus double encore appelé didelphe, que nous envisagerons aux divers points de vue :

- 1° Anatomique ;
- 2° Physiologique ;
- 3° Symptomatique ;
- 4° Diagnostique ;
- 4° Thérapeutique.

APERÇU GÉNÉRAL DES MALFORMATIONS UTÉRINES

On sait que, embryologiquement, l'utérus se forme aux dépens des deux canaux de Müller.

Ces deux canaux, primitivement séparés, situés chacun de chaque côté de la colonne vertébrale, se rapprochent ensuite l'un de l'autre et viennent s'accoler et se souder sur toute leur étendue au niveau de la ligne médiane.

Puis la cloison médiane provenant de la fusion de ces deux canaux se résorbe de bas en haut, substituant ainsi au double conduit primitif, un vagin et une cavité utérine unique.

Lorsque cette fusion ne suit pas son cours normal, il en résulte diverses malformations utérines, soit que ces canaux s'atrophient, se soudent incomplètement, ou ne se soudent pas.

1° *Atrophie des canaux de Müller.* — Il y a absence d'utérus, c'est l'*utérus déficients*, c'est dire que toute gestation est impossible;

Si un seul canal seulement est atrophié, on a l'*utérus unicornis*.

2° *Soudure incomplète des canaux de Müller.* —

Il persiste une cloison médiane entre ces deux canaux, ce qui peut donner :

a) Un *utérus bilocularis*, l'utérus a une forme extérieure normale, mais sa cavité, le col et le vagin sont divisés en deux par une cloison médiane.

b) Un *utérus subseptus*, la cloison n'existe que dans l'utérus.

c) Un *utérus biforis*. — La cloison n'existe qu'au niveau du vagin et du col : il y a donc deux cols donnant dans un seul corps utérin ; c'est une anomalie exceptionnelle.

3° *Défaut de soudure des canaux de Müller*. — Il y a trois degrés dans l'anomalie :

a) *Utérus bicornis* dans lequel il y a réunion seulement de la partie inférieure des corps utérins, la partie supérieure étant divisée en deux corps indépendants. C'est en somme un utérus cordiforme exagéré.

b) *Utérus duplex*. — Un col, deux corps indépendants.

c) *Utérus didelphe*. — C'est celui qui nous intéresse dans cette thèse ; il provient de l'absence complète de soudure des canaux de Müller, ce qui donne par conséquent deux utérus, deux cols, deux vagins indépendants.

Nous en donnerons plus loin une description anatomique plus détaillée.

On a cherché les causes qui président à la constitution de cette anomalie, véritable arrêt de développement : les uns ont invoqué l'existence d'un

ligament recto-vésical qui empêcherait le rapprochement des canaux de Müller. On a en effet trouvé la présence de ce ligament un certain nombre de fois au cours des laparotomies ou d'autopsies. Mais cette présence est loin d'être constante.

D'autres ont invoqué l'existence prolongée des corps de Wolff qui empêcherait l'union des canaux de Müller.

En réalité, on ne peut donner aucune explication probante sur la pathogénie de l'utérus didelphe.

ANATOMIE

L'utérus didelphe est constitué par 2 utérus situés l'un à côté de l'autre symétriquement disposés à droite et à gauche dans le petit bassin.

Ils sont indépendants, présentant une direction divergente en forme de V ouvert en haut, de sorte que leurs grands axes prolongés viendraient se couper en bas et en arrière au niveau de la partie supérieure de vagin.

Chaque utérus est unicorne légèrement incurvé en dehors, et présente à la partie externe de son fond l'insertion d'un ligament rond, d'une trompe et d'un ligament ovarien.

Ils sont normalement antéfléchis de chaque côté de la face postérieure de la vessie, et en arrière, le rectum, médian, se loge dans l'espace en V formé par les 2 utérus.

Le péritoine présente des dispositions particulières : Le rectum est relié aux 2 utérus par un repli péritonéal médian, s'infléchissant à droite et à gauche sur chaque corps utérin. De chaque côté de ce repli péritonéal, en arrière de chaque utérus, le péritoine se déprime en 2 petits culs-de-sac peu profonds rempla-

çant l'unique Douglas normal : il y a 2 utérus, il y a aussi 2 culs-de-sac de Douglas.

Ce repli péritonéal médian recto-inter-utérin n'est en somme que le vestige d'un ligament recto-vésical que nous avons signalé plus haut et qui expliquerait embryologiquement la formation de l'utérus didelphe.

Ce ligament recto-vésical persisterait d'ailleurs dans certains cas comme nous le prouve la constatation de Potocki dans son observation mentionnée plus loin, et qu'il décrit ainsi au cours d'une laparatomie pour césarienne dans un utérus double :

« L'exploration du petit bassin montre qu'il existe une cloison médiane antéro-postérieure sous forme d'un feuillet mince mais résistant, haut de 8 à 10 centimètres, étendu de la vessie au rectum. »

A chaque corps utérin, fait suite un col. Habituellement distants l'un de l'autre, ils sont parfois juxtaposés en canons de fusil. Ils sont unis par une bride transversale décrite par Pfannensteil comme un ligament inter-cervical.

Ces 2 cols aboutissent à un double vagin dont les 2 canaux séparés par une cloison transversale peuvent même présenter un léger écartement à leur partie supérieure.

Les dimensions de chaque utérus peuvent être à peu près égales. Souvent, cependant, l'un des deux est moins développé que l'autre. Dans notre observation, il semble bien que l'appareil génital tout entier — utérus, trompe, ovaire — a acquis de chaque côté un développement tout à fait normal.

PHYSIOLOGIE

Nous avons vu que, anatomiquement, l'indépendance des 2 utérus était parfaite. On pourrait en déduire que l'indépendance physiologique en serait de même au point de vue menstruation.

Or, la plupart des cas observés nous montrent au contraire qu'il n'en est rien et que, d'une façon générale, il y a synergie fonctionnelle entre les 2 utérus.

En dehors de l'état de grossesse, ces femmes sont réglées normalement tous les mois, et on peut poser en principe que pendant la gravidité d'un utérus, la menstruation est complètement suspendue du côté non gravide. Donc, aucune menstruation dans l'état de grossesse.

Bien que l'on ne soit pas encore parfaitement fixé sur le mécanisme de la menstruation, il semble bien qu'il s'agisse là d'un phénomène d'ordre humoral. La sécrétion interne de l'ovaire et plus spécialement du corps jaune paraissent être à la base du mécanisme.

Si c'est sous l'influence de la sécrétion interne du corps jaune de gestation que la menstruation se trouve suspendue, il est bien certain que dans le cas d'un utérus double, l'arrêt de la menstruation doit se

faire de façon complète, or, c'est ce qui a été constaté dans notre observation. Et alors qu'on pourrait croire que l'appareil génital non gravide est rudimentaire, on a au contraire pu constater dans le cas qui nous intéresse, que cet appareil était parfaitement développé : utérus volumineux, trompe saine, ovaire gros et sain.

Cependant, toute règle a son exception ; dans un cas absolument exceptionnel (Ferenczi), on a vu persister les règles dans l'utérus non gravide, mais il y avait dans ce cas une prédisposition toute particulière, car contrairement à ce qu'on observe d'habitude, il existait entre les deux utérus une véritable indépendance physiologique comme le témoignait, avant la fécondation, la menstruation alternante, tous les quatorze jours, par le vagin gauche, puis par le vagin droit. Cette femme devint enceinte de l'utérus gauche et les règles de l'utérus droit réapparaissaient régulièrement toutes les quatre semaines.

Le fait a été relaté quelquefois dans les malformations utérines puisque Henderson a pu conseiller de rechercher cette malformation utérine dans tous les cas où le flux menstruel persistait pendant la grossesse.

Cette exception intéressante étant signalée, nous allons maintenant donner une autre preuve de la synergie fonctionnelle des deux utérus en envisageant les réactions gravidiques de l'utérus non gravide.

Cet utérus, en effet, est le siège de réactions gravidiques importantes : il augmente de volume, sa cavité s'agrandit, son col se ramollit, diminue même de longueur, et ce qu'il y a de plus intéressant, sa muqueuse s'hypertrophie, subit tout le cycle des modifications déciduales et tombe, cette muqueuse est donc caduque.

Cette production de caduque est d'ailleurs analogue à ce quise passe dans les grossesses ectopiques.

L'expulsion de cette caduque a généralement lieu deux ou trois jours après l'accouchement et est provoquée par des contractions, sorte de faux travail de l'utérus qui n'a pas été gravide.

Il ne nous a pas été possible de noter dans l'observation relatée plus haut s'il y avait eu formation d'une caduque dans l'utérus de gauche ; néanmoins, l'aspect de l'utérus constaté lors de l'intervention exploratrice, nous permet de le supposer presque avec certitude : utérus augmenté de volume ramolli et d'aspect violacé.

SYMPTOMES

Éliminons d'abord, tout en la mentionnant, la grossesse double dans l'utérus double. Dans ce cas, l'imprégnation peut se faire au même moment. Il peut aussi y avoir superfœtation. Mais ces faits sont excessivement rares, et nous ne traiterons ici que de la grossesse unique dans l'utérus didelphe.

Les signes de cette grossesse sont, en principe, les mêmes que ceux de la grossesse normale, et on a pu dire que « les utérus doubles sains n'ont pas d'histoire clinique, seules des complications surajoutées en révèlent l'existence au clinicien ».

En effet, beaucoup de ces grossesses se passent très normalement ainsi que l'accouchement, de sorte que la duplicité du canal génital peut même passer inaperçue.

Dans une observation relatée plus loin, Mantel (*Annales de Gynécologie*, 1907) cite le cas d'une femme multipare avec 4 accouchements normaux, dont la malformation utérine était totalement insoupçonnée et n'a été découverte qu'à sa cinquième grossesse que l'on avait prise pour une grossesse extra-utérine.

Les phénomènes sympathiques sont les mêmes que ceux constatés habituellement et nous avons vu que dans la majorité des cas, les règles sont supprimées.

Cependant il y a certains symptômes physiques qui sont bien particuliers aux utérus doubles.

L'inspection et la palpation montrent que l'utérus n'est pas médian. Il se développe dans une moitié de l'abdomen et est incliné en dehors. Cette disposition tient d'abord à la situation primitive latérale de cet héli-utérus, et ensuite à l'attraction de son unique ligament rond du côté de son insertion. De plus, cette attraction provoque un mouvement de rotation de l'utérus de sorte que son bord externe tend à devenir antérieur.

On recherchera l'existence de ce ligament rond sur le bord externe de l'utérus grévde et on constatera son absence du côté opposé (Lequeux, Société Obstétrique de Paris, 1910).

Cet héli utérus grévde présente une forme tubaire, cylindrique, et non pyriforme comme d'habitude.

L'auscultation ne présente rien de particulier.

Le toucher fait d'abord constater l'existence de deux vagins séparés par une cloison médiane.

Le col correspondant à l'utérus grévde est ramolli. L'autre col est également un peu ramolli et on peut sentir dans le cul-de-sac latéral ou postérieur l'utérus correspondant sous forme d'une tumeur arrondie, du volume d'une orange, indépendante de l'utérus grévde.

Cette exploration, facile dans les premiers mois de la grossesse, devient ensuite de plus en plus difficile, le doigt étant gêné par la présentation. Cependant, à la fin de la grossesse, lorsque l'utérus non gravide est rétroversé et enclavé dans le petit bassin, on le sent très bien, donnant l'impression d'une tumeur proëvia. Nous en reparlerons à propos du diagnostic.

Quelle est l'attitude du fœtus dans cet utérus ? Toutes les observations nous montrent que ce sont des présentations longitudinales. Les présentations transversales ne se rencontrent guère que dans les utérus bicornes ou cordiformes, l'éperon sur le fond utérin les favorisant, alors que dans les utérus doubles, l'étroitesse, la forme cylindrique des hémis-utérus, imposent pour ainsi dire une présentation longitudinale : tête ou siège. D'après les observations recueillies, il semble que les sièges soient plus fréquents, et d'après le Dr Ecalle, ce sont toujours des sièges.

Evolution. La grossesse peut évoluer jusqu'à terme, cependant l'utérus didelphe est souvent un utérus mal développé, hypoplasié, sa fibre musculaire n'est pas aussi résistante que dans un utérus normal, et ne se laisse pas toujours suffisamment distendre par le développement de l'œuf.

C'est pourquoi les avortements et les accouchements prématurés sont fréquents. La plupart des femmes voient leur grossesse se terminer au septième ou huitième mois, comme le montrent beau-

coup d'observations. Dans le cas qui nous occupe, l'accouchement s'est fait à sept mois et demi. C'est en raison de la fréquence sinon de la constance de l'accouchement prématuré qu'on avait conseillé à la parturiente de notre observation de se faire hospitaliser dès le septième mois.

DIAGNOSTIC

Lorsque la duplicité du canal génital est connue, le diagnostic de grossesse dans l'utérus double est facile : la suppression des règles, la pigmentation, les phénomènes dits sympathiques, le développement d'un héli-utérus dans une moitié de l'abdomen ne permettent guère de doute sur la grossesse. Il est cependant des cas, comme celui de notre observation, où, bien que la présence d'un double vagin et l'existence de 2 cols ayant été reconnus, la femme se plaignant de quelques douleurs du côté de sa tumeur utérine on ait été conduit à faire une laparotomie exploratrice.

Cependant, même chez des multipares, la duplicité des organes génitaux peut être méconnue, et c'est surtout dans ces cas que le développement d'une tumeur dans une moitié du bassin peut égarer le clinicien.

Nous allons étudier les difficultés de ce diagnostic avant le quatrième mois de la grossesse, puis après le quatrième mois.

Les signes de la grossesse normale pendant *les quatre premiers mois* sont des signes dits de « pré-

somption ». C'est dire si ceux de la grossesse dans un utérus double seront d'un diagnostic difficile.

En effet, en présence d'une tumeur se développant latéralement dans le petit bassin, à côté d'un corps utérin que l'on croit unique, comment penser à une grossesse dans un utérus didelphe si celui-ci est méconnu ? La logique nous conduirait à croire que l'on se trouve en présence d'une affection annexielle, et il nous semble que les affections les plus capables de retenir notre attention au point de vue diagnostique, sont les kystes de l'ovaire et les grossesses extra-utérines.

Ces affections peuvent en effet donner à la palpation et au toucher les mêmes sensations que celles données par une grossesse dans un utérus didelphe.

Le kyste de l'ovaire en particulier, par sa forme, sa consistance, sa situation, son indépendance de l'utérus, risque fort d'être confondu avec cette grossesse, d'allure anormale. Dans notre observation, c'est vers ce diagnostic que l'on aurait été orienté par les signes physiques si la division de l'appareil génital n'avait pas été découverte.

La grossesse extra-utérine est aussi d'un diagnostic d'autant plus difficile qu'il y a grossesse dans les deux cas : mêmes phénomènes généraux, réaction gravidique de l'utérus inhabité. Les douleurs accompagnant quelquefois la grossesse d'un héli-utérus peuvent être confondues avec celles de la grossesse ectopique. Enfin, l'expulsion de caduque qui dans l'utérus double peut se produire bien avant l'accou-

chement, égare encore plus le diagnostic (observation de Bouffe de Saint Blaise et Couvelaire),

A partir du cinquième mois, lorsque l'auscultation révèle les battements du cœur fœtal, il y a certitude de grossesse, mais lorsque le deuxième utérus est prolabé et inclus dans le petit bassin, on perçoit au toucher une tumeur prævia dont il faut déterminer la nature et que l'on prend généralement pour un fibrome ou un kyste. Reconnaître la tumeur est simple, déclarer qu'il s'agit d'un héli-utérus inhabité est plus difficile, impossible si l'on n'a pas constaté la présence de deux cols.

On peut encore croire à une grossesse ectopique, le cas nous en est fourni par l'observation de Mantel qui n'a reconnu la malformation utérine qu'au cours d'une laparotomie — mais c'est tout de même un diagnostic d'exception, car il est bien rare de voir une grossesse extra-utérine évoluer jusqu'à ce terme sans provoquer d'accidents sérieux.

De toutes façons la constatation d'un vagin cloisonné doit éveiller l'attention et faire rechercher la présence d'un second col. En un mot, la clef du diagnostic est dans la découverte de la division de l'appareil génital.

Au cas où le col non gravide ne serait pas perméable au doigt, on pourrait, selon Benicke, introduire un kystéromètre qui renseignerait sur l'étendue et la direction de cet utérus.

On pourra sentir au niveau de cet utérus inhabité des contractions isochrones à celles de l'utérus gra-

vide. C'est un élément important de diagnostic, quand on le perçoit, pour le cas, par exemple où l'on aurait méconnu la bifidité utérine. De ce fait, seront éliminés les fibromes, et surtout les tumeurs ovariennes.

Enfin, en cas de doute, il faut faire une laparotomie exploratrice. Il vaut mieux faire subir à une femme cette intervention relativement bénigne que la laisser exposée à des accidents tels qu'une rupture tubaire ou une torsion d'un kyste de l'ovaire. Il importera seulement après cette exploration de refaire une paroi solide pour éviter une éventration ultérieure. La réparation pariétale avec un matériel non résorbable apparaît ici comme indispensable.

LA DYSTOCIE DANS L'UTÉRUS DOUBLE SON TRAITEMENT

L'utérus double est souvent une cause de dystocie dans l'accouchement, dystocie qui est due soit à :

- 1^o Faiblesse des contractions ;
- 2^o Obliquité utérine ;
- 3^o Utérus inhabité *prœvia* ;
- 4^o Cloison vaginale.

1^o *Faiblesse des contractions.* — Nous avons vu que l'utérus double est souvent un utérus hypoplasie dont les fibres musculaires sont moins bien développées qu'à l'état normal, et qui par conséquent donnera de plus faibles contractions. Il en résultera donc au moment du travail une véritable inertie utérine, et une dilatation très lente du col, d'autant plus que la présentation du siège, fréquente, prédispose encore à la lenteur de la dilatation.

La thérapeutique que l'on opposera sera une application de ballon et de l'hypophyse. Une fois le col dilaté, et la présentation suffisamment descendue, l'application de forceps terminera l'accouchement en cas d'inertie utérine.

2^o *Obliquité interne.* — L'utérus double gravide

étant dévié latéralement, il arrive qu'au moment du travail, en se contractant, il fait des efforts inutiles en poussant obliquement la présentation qui n'est pas dans l'axe du bassin et ne peut s'engager suivant ses diamètres utiles. Les contractions agissent dans une mauvaise direction et le travail traîne en longueur.

Le traitement sera celui de toutes les obliquités utérines : ceinture avec tampons ramenant l'utérus sur la ligne médiane.

3° *Utérus inhabité prævia*. — C'est en somme la véritable complication particulière à l'utérus double, mais cette complication n'existe guère que dans les cas où il y a rétroversion de l'utérus vide. Lorsqu'il n'est pas rétroversé il remonte en effet de lui-même au-dessus du détroit supérieur, par le même mécanisme qui préside à l'ascension d'un fibrome.

Quand il est rétroversé, au contraire, il s'enclave dans le petit bassin et c'est alors qu'il oppose un obstacle sérieux à la descente de la partie fœtale, tout comme le fait un fibrome du col ou un kyste de l'ovaire.

En face de cette complication, la conduite à tenir sera d'abord de tenter de réduire manuellement cette rétroversion afin de faciliter l'ascension de cet utérus. Mais on ne parvient pas toujours ainsi à faire cette réduction. Pour la faciliter, l'emploi de la position inclinée de Trendelenbourg, au besoin sous anesthésie générale, pourrait être suffisante pour réduire cet utérus rétroversé et prévenir ainsi la dystocie.

On a conseillé de pratiquer pendant la grossesse, l'hystérectomie ou la fixation à la paroi de l'utérus non gravide afin de supprimer l'obstacle en vue de l'accouchement. Ces opérations donnent de bons résultats, mais ont quelquefois l'inconvénient de provoquer l'avortement ou l'accouchement prématuré. De toutes façons, la femme étant à terme, l'utérus non gravide se trouvant enclavé dans le petit bassin, et l'accouchement étant de ce fait impossible par les voies naturelles, il faudra extraire l'enfant par césarienne.

4^e *Cloison vaginale.* — Dans le vagin double, l'ampliation se fait mal et la cloison médiane est susceptible de faire obstacle à l'expulsion. Cependant il ne s'agit pas là d'une gêne considérable, la plupart du temps, cette cloison étant déchirée spontanément. En tous cas, si l'on juge cette cloison trop épaisse, on la sectionnera d'un coup de ciseau après avoir placé un écraseur pour éviter toute hémorragie.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(*Gynécologie et Obstétrique*. Année 1920, tome II, page 22.)
Połocki et Levant. — *Dystocie causée par la corne non gravide rétrofléchie d'un utérus didelphe ayant nécessité la césarienne.*

Mme S..., 23 ans, primipare, entre à la maternité le 12 novembre 1919.

Rien dans les antécédents.

Réglée à 14 ans. Règles abondantes.

N'a jamais consulté pendant sa gestation. Vient à l'hôpital pour douleurs de ventre.

Dernières règles du 15 au 20 février.

Donc gestation de huit mois et demi environ.

Examen de la sage-femme de garde :

Utérus comme au neuvième mois.

Fond utérin incliné à gauche.

Contractions espacées.

Tête en bas mobile, tendant à fuir vers la fosse iliaque droite. Dos à gauche. Bruits du cœur bons.

Toucher : deux vagins complètement séparés sur toute leur longueur par une cloison verticale antéro-postérieure étendue du fond du vagin à l'insertion de l'hymen. Cette cloison est épaisse de 8 à 10 millimètres.

Au fond du vagin gauche, on sent un col mou long de 2 centimètres admettant le doigt qui arrive sur les membranes. On sent la tête fœtale mobile.

Au fond du vagin droit, aussi perméable que le vagin gauche, on trouve un deuxième col de 3 à 4 centimètres de long.

On trouve de plus dans le cul-de-sac postérieur en explorant par le vagin gauche aussi bien que par le droit, une tumeur ferme, lisse, arrondie, du volume d'une orange, située immédiatement devant le sacrum.

On porte le diagnostic de vagin double et utérus didelphe avec corne gauche gravide, et on pense que la tumeur perçue dans le cul-de-sac postérieur est la corne utérine droite augmentée de volume du fait de la gestation.

La femme n'ayant presque pas de douleurs est laissée au repos toute la nuit.

Le lendemain 13 novembre, je confirme le diagnostic. L'état s'est peu modifié : utérus allongé médian. La tête n'est pas tout à fait d'aplomb sur l'aire du détroit supérieur, mais a tendance à fuir vers la fosse iliaque droite.

Au toucher, le col gauche, celui de la corne gravide, n'est pas complètement effacé, mais largement perméable. On atteint aisément la tête haute et mobile.

Le col droit se laisse traverser facilement par le doigt qui après 3 à 4 centimètres, bute contre la présentation. Mais je constate que le canal cervical se prolonge au delà et qu'il suffit de recourber le doigt en arrière et à gauche pour le sentir pénétrer dans la corne utérine vide.

Il s'agit donc bien d'un utérus didelphe dont la corne droite inhabitée est rétroversée et prolabée dans le Douglas

au lieu d'être située dans la fosse iliaque sur le côté de la corne gravide comme c'est le cas habituel.

La présence dans l'excavation de cette tumeur nous fait craindre qu'elle n'apporte un obstacle à la marche du travail. L'indication est donc de chercher à la mobiliser et de la refouler au-dessus du détroit supérieur, ainsi qu'on fait pour les tumeurs prævia.

Cette réduction est tentée, mais sans succès. La corne utérine ne se mobilise pas et ne peut-être déplacée.

Force est donc d'abandonner le travail à lui-même et d'en surveiller la marche. Y aura-t-il réduction spontanée de la tumeur ? Ou bien celle-ci restant en place, le fœtus s'engagera-t-il et trouvera-t-il un espace suffisant pour passer ? C'est ce que nous ne pouvons encore prévoir.

Le 14 novembre au matin, la tête est toujours très mobile, elle appuie mal sur le détroit supérieur, malgré d'assez fortes contractions utérines.

Le col gauche n'est pas encore complètement effacé, mais dilatable comme 2 francs. Membranes intactes.

La corne utérine droite est toujours prolabée. L'enfant ne paraît pas souffrir, mais la parturiente est très fatiguée.

Le travail n'a guère fait de progrès depuis trente-six heures et on a l'impression que l'accouchement est impossible.

Dans ces conditions, nous décidons d'extraire le fœtus par voie haute, avant qu'il ne se produise d'accidents, comme nous le ferions pour un fibrome ou un kyste ovarique prævia, et à agir ensuite suivant les circonstances.

Je pratique donc la laparatomie à 10 heures du matin le 14 novembre avec l'assistance de M. Levant.

Incision médiane commençant à 3 centimètres au-dessus de la symphyse pubienne et remontant à 4 centimètres au-dessus de l'ombilic.

Extériorisation de l'utérus qui présente un ligament rond et des annexes normalement développées sur son bord gauche et rien sur son bord droit. Je cherche à introduire la main dans l'excavation pour en dégager la corne utérine vide. Je n'y parviens pas. Je me résous en conséquence à pratiquer l'opération césarienne.

Incision verticale de la paroi utérine qui n'a guère que 1 centimètre d'épaisseur. Je tombe sur le placenta qui occupe la moitié inférieure de l'incision ; ouverture des membranes et extraction d'une fille pesant 2.800 grammes, qui crie aussitôt.

Délivrance complète et facile.

On injecte à deux reprises différentes 1 centimètre cube d'ergotine pour rétraction utérine insuffisante, mais sans hémorragie notable.

Une mèche est passée à travers le col ; suture de l'utérus en trois plans au catgut.

Après fermeture de l'utérus, l'exploration du petit bassin nous montre qu'il existe une cloison médiane antéro-postérieure sous forme d'un feuillet mince mais résistant, haut de 8 à 10 centimètres, étendu de la vessie au rectum. Au-dessous de cette cloison, on trouve la corne utérine droite non gravide qui est rétroversée et qui plonge dans l'excavation. On la redresse facilement. Les annexes droites sont normales.

Suture de la paroi abdominale en deux plans au catgut. On retire la mèche utérine et on tamponne le vagin avec de la gaze iodoformée. Les suites opératoires, normales les pre-

miers jours, furent ensuite compliquées par la suppuration d'un catgut profond. Il s'établit une fistule utéro-pariétale guérie par des pansements à la liqueur de Dakin.

La femme sortit en très bon état le trentième jour après l'intervention. A ce moment, l'utérus gauche césarisé, remontait à quatre travers de doigt au-dessus du pubis et son col était complètement fermé.

Quant à la corne droite, elle est de volume normal, mobile, appliquée le long de sa congénère, sans tendance à la rétroversion.

Il n'a pas été expulsé de caduque pendant les suites de couches par la corne non gravide.

L'enfant est allaité dans de bonnes conditions par sa mère. Il pèse 3.475 grammes à la sortie de l'hôpital.

Traitement de la dystocie causée par la rétroversion de la corne utérine non gravide

OBSERVATIONS SUCCINCTES

OBSERVATION II (Benické)

Primipare, 28 ans, septum vaginal complet, corne utérine gauche gravide. Orifice utérin gauche complètement dilaté.

Sommet en droite transversale. Bosse séro-sanguine.

On ne sent pas de corne utérine droite par le toucher combiné. Une sonde introduite dans le col droit s'enfonce de 11 centimètres. Cette corne inhabitée, mais hypertrophiée, est située derrière l'utérus gravide.

L'engagement progresse lentement.

Forceps, enfant étonné, vite ranimé, du volume d'un enfant à terme.

Dans les suites de couche, la corne qui était inhabitée, tend à se rétroverser.

OBSERVATION III (Dos Santos)

Secondepare à terme.

Antérieurement, avortement à six mois.

Corne utérine droite gravide, tête foetale déviée dans la fosse iliaque droite.

Col gauche perméable par lequel on pénètre dans une tumeur grosse comme le poing, de consistance mollassse, siégeant à gauche de l'excavation.

Chloroforme, on repousse en haut et en avant cette tumeur qui vient se placer au-dessus du ligament de Fallope.

Les douleurs sont plus fortes, les deux cornes se contractent simultanément.

Accouchement spontané d'un enfant vivant.

OBSERVATION IV (Tauffer)

Quatrièmepare.

Deux accouchements antérieurs à terme, 1 sommet, 1 siège, 1 avortement.

La malformation n'a été reconnue qu'au quatrième accouchement.

Présentation du siège. Le travail n'avance pas. On examine et on trouve au toucher dans la moitié droite du bas-

sin une tumeur lisse et régulière, du volume du poing. On pense d'abord à un hématome, mais ayant reconnu la présence de deux vagins, on diagnostique un utérus didelphe avec corne inhabitée logée dans l'excavation pelvienne.

Extraction lente du siège sans trop grande difficulté, enfant à terme bien développé.

Le troisième jour des couches, expulsion de la caduque de l'hémi-utérus non occupé.

OBSERVATION V (Holzapfel)

Primipare en travail.

On trouve derrière la symphyse un col dilaté comme 5 francs avec poche des eaux intacte, puis un deuxième col à long canal qui conduit dans une cavité utérine droite non habitée ayant le volume du poing et située dans la concavité du sacrum au-dessous d'un promontoire un peu saillant (11 centimètres).

Il fut impossible de réduire cette tumeur ce qu'on attribua à la saillie du promontoire.

Le col de l'hémi-utérus vide se raccourcit un peu.

La dilatation étant à peu près complète, on rompt les membranes. On extrait par version assez difficile un enfant mort-né de 3.150 grammes.

La délivrance terminée, on enlève à la main la caduque contenue dans la corne utérine non gravide.

OBSERVATION VI

(Société d'obstétrique de Paris, 1910, p. 253.)

Lequeux : *Utérus didelphe*

Mme G..., primipare, 24 ans, dernières règles le 25 juillet 1909, entre à la clinique Tarnier, le 27 avril 1910, pour attendre son accouchement.

Règles irrégulières, manquant un mois ou deux fois par mois, durée quatre jours. Assez abondantes, un peu douloureuses.

Aucun antécédent pathologique.

Examen. — Utérus normalement développé pour une grossesse près du terme. Mais le fond est fortement dévié vers la droite. D'ailleurs l'utérus est presque entièrement logé dans la moitié droite de l'abdomen, il est allongé, cylindrique; sur son bord droit, on sent un ligament rond, qui n'est pas perceptible à gauche.

Au-dessus du détroit supérieur, on trouve un siège mobile, le fond de l'utérus est occupé par la tête fœtale, le dos est à gauche, les bruits du cœur sont bons.

Au toucher, on constate l'existence d'une cloison vaginale complète que le hasard d'une exploration bi-digitale fait reconnaître.

L'exploration est difficile, il semble cependant que l'on sente très à droite le col d'un utérus gravide, et que le fond du vagin soit occupé à gauche par une masse du volume d'un petit œuf, indépendante de l'utérus gravide, et ressemblant à un utérus non gravide basculé en latéro-version très nette.

On ne sent pas d'ailleurs au toucher d'autre cavité cervicale, ce qui tient à ce que l'utérus non gravide, littéralement couché au fond du vagin, dirige son museau de tanche au contact de la cloison vaginale qui fait opercule. C'est du moins le diagnostic auquel on se résoud après un examen au spéculum.

Il s'agit donc vraisemblablement d'un cas d'utérus didelphe avec vagin double et grossesse développée dans l'utérus droit.

Le fœtus est en présentation du siège.

L'utérus vide est devenu en quelque sorte prævia et latéroversé. Le bassin est normal.

OBSERVATION VII

(Congrès français de Chirurgie, 1910, page 430.)

Daspres (de Toulon). — *Utérus et vagin doubles, grossesse et accouchement normaux*

Mme X..., se présente à ma consultation peu de temps après son mariage, désireuse d'être « renseignée sur certaine particularité gênante de ses voies génitales », et l'influence que cette dernière pouvait avoir sur l'issue de l'accouchement en cas de grossesse.

Je ne dirai point la surprise du mari à l'occasion des premiers rapports sexuels conjugaux et de la constatation de 2 compartiments vaginaux et l'utilisation seulement de celui de droite.

Premier examen le 10 mai 1908. Femme âgée de 22 ans bien constituée, de taille au-dessus de la moyenne, de visage agréable, normalement réglée à 11 ans.

L'examen génital présente une cloison médiane antéro-postérieure partageant le vagin en 2 conduits de dimensions égales, et au fond de chacun d'eux, un col utérin. Ces 2 cols utérins droit et gauche sont de même forme, même volume, même consistance et les corps utérins correspondants identiques.

Nous indiquons à l'intéressée la nature de sa double anomalie et calmons ses craintes inspirées et exagérées par des racontars de commères auxquelles elle avait confié ses soupçons d'un vice de conformation, en lui affirmant qu'elle n'avait pas à redouter la grossesse car elle accoucherait bien.

Cette affirmation était autorisée d'une part par la normalité des chiffres du bassin, d'autre part, par les observations de Chéron, interne de Budin (18 femmes ayant des utérus didelphes fécondés et ayant accouché normalement à terme).

Deuxième examen le 7 septembre 1909. Notre cliente est enceinte de quatre mois. Ses dernières règles datent du 7 mai 1909. Quelques vomissements sans importance.

Grossesse unilatérale droite. L'utérus gauche non gravide est augmenté de volume, avec col ramolli, indépendant, il est légèrement rétroversé.

Les examens successifs au cinquième, sixième, septième mois se bornent à suivre l'évolution régulière de la grossesse, à la recherche de l'albumine, et à la prescription des conseils d'usage pour la femme enceinte.

Huitième mois. — Vacuité de l'excavation. Balottement céphalique abdominal au fond de l'utérus droit.

Le palper et le toucher combinés permettent de reconnaître de la partie qui se présente, des parties fœtales pe-

titles, irrégulières, et de poser le diagnostic de présentation du siège, mode complet.

Pas d'albumine dans les urines, pas d'œdème.

Accouchement à terme le 4 février 1910. Travail : début à 11 heures du soir le 3 février 1910. Rupture de la poche des eaux.

12 heures : bonnes douleurs. Pas de dilatation.

4 février : 5 heures du matin, dilatation complète.

7 heures : l'expulsion de la tête, spontanée, sans recours à la manœuvre de Mauriceau, suit le dégagement du siège et du tronc.

Naissance d'un enfant vivant, vigoureux, bien constitué, sexe masculin, pesant 3,500 grammes, à 7 h. 1/2.

Délivrance une demi-heure après sans hémorragie ni inertie utérine.

Suites de couches heureuses.

La cloison vaginale n'existe plus, et ce mur mitoyen rompu par le traumatisme de l'accouchement, ne sera désormais plus une barrière contre la fécondation bilatérale ni contre la gravidité simultanée des deux utérus de notre cliente.

OBSERVATION VIII

Annales de Gynécologie, année 1907, page 84

Mantel. — *Grossesse dans un utérus double prise pour une grossesse ectopique*

Mme S..., 30 ans, fille de ferme, constitution saine et robuste. Pas d'antécédents.

Réglée à 16 ans et depuis normalement et régulièrement toutes les trois semaines.

Mariée à 23 ans, a eu 4 grossesses normales, terminées par des accouchements normaux.

Enfants vivants et bien portants.

La grossesse actuelle est la cinquième.

Dernières règles le 17 novembre 1905.

Au bout de deux mois, en janvier 1906, elle commence à souffrir dans la région hypogastrique gauche. Douleurs assez fortes et continues qui ont persisté jusqu'au moment précis où elle crut sentir les premiers mouvements de son enfant (27 mai 1906).

Supposant bien qu'elle était enceinte, constatant cependant que son ventre ne se développait pas comme d'habitude, ne sentant plus remuer, vint consulter un confrère qui conclut à une tumeur fibro-kystique de l'ovaire et m'envoie la malade en conseillant l'opération.

Examen le 23 mai 1906 : Dans le flanc droit, on sent une tumeur du volume d'un gros poing, arrondie, dure, profonde sous les anses intestinales, paraissant incluse dans le ligament large droit. Pas de fluctuation. Pas de bruits du cœur.

Au toucher, vagin normal, col utérin ramolli, utérus en situation et direction normales.

Les seins sont augmentés de volume.

Pas de sécrétions vaginales.

Tous les signes étant en présomption d'une grossesse, je conclus à une grossesse extra-utérine.

En face de ce diagnostic, je me demandais quelle conduite j'allais tenir. L'intervention immédiate me paraissait pleine d'aléas et je ne doutais pas qu'elle ne me conduisît à une hystérectomie totale. Cette mutilation chez une femme de 30 ans me paraissait bien dure.

L'épaisseur considérable du kyste foetal me semblait rendre une rupture bien peu probable.

Je me décidais donc, bercé par l'espoir d'extraire un enfant vivant et viable, à atteindre le plus possible le terme normal de la grossesse, tout en surveillant la malade de très près.

Le 24 juillet, la tumeur avait considérablement augmenté de volume, occupant tout le flanc et l'hypocondre droit, mais ne dépassant pas la ligne médiane.

Au palper on percevait très facilement le fœtus. Les bruits de cœur sont bons, la tête est en bas.

Au toucher, le col est en place, ramolli. L'utérus paraît un peu abaissé par la tumeur, est accessible dans toute son étendue et est manifestement vide.

Le mois d'août se passa sans incident notable. Le fœtus montra une mobilité particulière, changeant journellement de situation.

Au début de septembre, la tumeur a encore grossi, occupe toujours le côté droit de l'abdomen mais déborde maintenant la ligne médiane de 8 centimètres.

Les bruits du cœur sont bons, la tête est en bas, le dos à droite.

Au toucher, l'excavation est vide de la tumeur. Nulle part on ne peut l'atteindre avec le doigt.

Le corps de l'utérus est un peu augmenté de volume. Le col est mou et entr'ouvert.

Je n'avais aucun doute sur l'exactitude de mon diagnostic de grossesse extra-utérine.

Etant donné que Mme S... était arrivée près du terme et

que je pensais pouvoir extraire un enfant vivant et viable, j'intervins le 5 septembre.

Incision de la paroi et du péritoine. On tombe sur la tumeur fœtale. A ma grande surprise, je ne retrouvais aucun des caractères des kystes de grossesses ectopiques. Cette tumeur ressemblait absolument à un utérus gravide.

Si je n'avais encore constaté la veille l'utérus en bonne place et manifestement vide, je ne serais pas allé plus loin, convaincu que j'aurais commis une erreur de diagnostic.

Sachant d'autre part combien sont variables dans leur structure les kystes fœtaux, j'incisais franchement le péritoine viscéral, puis la tumeur : j'étais en plein tissu musculaire. Je continuais, et je tombais sur un véritable lacs veineux dans des sinus volumineux et je m'arrêtais en reconnaissant que j'étais en plein tissu utérin normal.

L'idée me vint alors que je me trouvais peut-être en présence d'un cas exceptionnel d'utérus double et j'abandonnais l'idée de terminer mon opération par une hystérectomie.

Je capitonnai mon incision utérine, fis l'hémostase, surjet péritonéal et refermai la paroi abdominale.

Les suites opératoires furent normales. Le 7 septembre dans la matinée, la malade fut prise de douleurs. Au toucher : col dilaté et poche des eaux en boudin.

A 2 heures, la dilatation est complète, on rompt les membranes, la tête est engagée et l'enfant est expulsé vivant en 4 ou 5 douleurs.

Fille de 2.200 grammes.

Placenta normal. Délivrance normale. Immédiatement après la délivrance, en introduisant la main dans l'utérus, on trouve à gauche et en arrière, au-dessus de l'isthme un

orifice admettant facilement l'index et conduisant dans une deuxième cavité utérine, dans celle qui était vide et qui, du commencement à la fin de cette grossesse a occupé la situation habituelle de l'utérus.

Suites de couches normales, apyrétiques.

Sortie seize jours après l'accouchement.

OBSERVATION IX

(Société d'obstétrique, gynécologie, pédiatrie, 1906, p. 137.)

Bouffe de Saint Blaise et Couvelaire. — *Grossesse sans utérus didelphe. Expulsion de caduque de l'autre utérus au cinquième mois et continuation de la grossesse.*

Mme X..., primipare, 26 ans, toujours bien réglée, mais règles douloureuses.

Aucun antécédent ni malformation quelconque.

La grossesse évoluait depuis environ cinq mois quand, sans aucune cause apparente, elle se mit à perdre du sang. Conduite ordinaire : repos, injections chaudes.

L'examen local fait reconnaître l'existence d'un double vagin à peu près d'égales dimensions, le droit un peu plus dilaté par les rapports sexuels.

L'hymen déchiré laissait apercevoir le cloisonnement. Cette cloison était complète, et dans le fond de chaque vagin, on sentait à droite un petit col non entr'ouvert, ramolli par la grossesse, et se continuant par un utérus gravide. Ce col n'était le siège d'aucun écoulement et le vagin était absolument sec ; à gauche, au contraire, le canal était rempli de

sang, le col légèrement entr'ouvert, également ramolli et le corps un peu hypertrophié.

La malade ressentait quelques douleurs et les localisait très nettement à ce niveau. Du reste, au moment des douleurs, l'utérus droit ne se contractait nullement.

Au palper, on sentait une tumeur utérine très allongée, tout à fait inclinée à droite du ventre, présentant une forme tubaire et non pyriforme comme d'habitude.

L'écoulement de sang et les douleurs s'arrêtèrent au bout de trois ou quatre jours et quoique le repos ait été gardé presque complètement, les pertes se reproduisirent au bout de quinze jours, mais avec une intensité beaucoup plus grande.

Après dix jours environ de perte sanguine, toujours localisée au vagin et utérus gauche, il y eut une sorte de travail et la malade expulsa au milieu de caillots noirs, un sac membraneux de la grosseur d'un petit œuf de pigeon et ressemblant à un œuf humain d'environ deux mois.

Cette production que M. Couvelaire a bien voulu examiner a été reconnue par lui, pour une caduque analogue à celles expulsées dans le cours des grossesses extra-utérines et présentant les mêmes lésions que celles-ci.

L'écoulement sanguin continue pendant quelque temps encore, cinq à six jours, puis s'arrête complètement.

La grossesse évolua admirablement dans la suite et quatre mois après (à terme) la malade accouche d'un gros enfant.

Sa cloison vaginale fut rompue pendant l'accouchement et les suites de couche furent parfaites.

Il s'est donc passé ce qu'il se passe quelquefois au cours

des gestations ectopiques. On sait en effet que l'expulsion de la caduque utérine n'implique pas toujours l'arrêt du développement de l'œuf extra-utérin.

OBSERVATION X

(Société d'obstétrique de Paris, 1902, page 277.)

BAR. — *Grossesse et accouchement dans un utérus didelphe*

Femme de 30 ans, de vigoureuse constitution.

Aucune anomalie extérieure. Squelette bien conformé.

Les dimensions transversales et son bassin ne sont pas agrandies ainsi qu'on l'observe parfois dans les cas d'utérus didelphe.

Mamelles bien développées.

A été réglée à l'âge de 17 ans. Depuis, toujours régulièrement. Pas de règles doublées dans le mois, pas d'alternance entre des règles fortes et faibles. Ecoulement sanguin égal à toutes les règles. Pas douloureuses.

Rien n'avait attiré l'attention sur une anomalie de l'appareil génital. Rien non plus pendant les premiers temps du mariage.

Dernières règles le 8 septembre. Entrée en travail le 25 juin. Donc à terme.

Aucun incident au cours de la grossesse. Pas de pertes de sang ni d'expulsion de caduque.

Durée totale du travail : dix-sept heures.

Membranes rompues à la dilatation complète. Le diagnostic du vagin double fut fait dès l'entrée de la femme dans le service par l'interne de garde. Je fus prévenu.

En palpant la malade, rien n'attira mon attention du côté d'une anomalie utérine. Les dimensions de l'utérus sont normales, sa position médiane, et je ne sentais pas de tumeur latérale formée par le corps utérin vide.

Pas d'anomalie vulvaire, mais cloison épaisse descendant jusqu'à la vulve, cloison formée de deux parois vaginales adossées l'une sur l'autre. L'extrémité libre de cette cloison était épaisse et portait le segment interne des deux hymens.

Le doigt introduit dans le vagin droit arrivait sur la tête fléchie en O.I.G.A. Ce vagin était spacieux, cependant la cloison à 1 ou 2 centimètres de son extrémité inférieure formait une bride un peu résistante.

A gauche, le doigt entra dans un vagin également spacieux, au fond duquel il ne pouvait atteindre de col utérin ; il sentait la tête fœtale à travers la cloison.

Je fis une application de forceps. L'enfant qui pesait 3.300 grammes et bien constitué fut extrait facilement.

Délivrance normale.

Quand j'examinais la malade immédiatement après l'accouchement, je trouvais la cloison vaginale déchirée dans son tiers inférieur, le lambeau antérieur saignait abondamment. Des pinces arrêtaient l'hémorragie.

En haut, les deux vagins semblaient s'écarter, celui du côté droit aboutissait à un col largement ouvert, celui du côté gauche, à un col très mou dans lequel le doigt pouvait pénétrer jusqu'à l'orifice interne.

Bassin normal, pas de promontoire. Par le palper combiné au toucher, on sentait l'utérus vide à gauche et en arrière, mais on le délimitait mal et on ne le sentait pas comme une

tumeur tout à fait isolée de l'utérus gravide. Cependant les deux cols étaient bien séparés et mobiles l'un sur l'autre.

Suites de couches sans complication.

OBSERVATION XI

(Société d'Obstétrique de Paris, 1902, p. 25.)

Léon Maire (de Vichy). — *Utérus double. Grossesse simple dans chaque utérus, avortement pour l'un. Accouchement prématuré pour l'autre.*

Primipare de 35 ans qui vient me trouver à Vichy avec un retard de règles d'un mois.

A l'examen, je trouve une vulve normale, présentant cependant en cul-de-sac une dépression de 2 centimètres environ dans laquelle avaient lieu les rapports sexuels.

Le vagin étant divisé en deux par une cloison très épaisse, le toucher se faisait péniblement avec le petit doigt.

A la palpation, je trouve 2 masses du volume du poing, mobiles, indépendantes, l'une très dure, l'autre pâteuse. Ceci joint aux signes usuels, me fit poser le diagnostic d'utérus double, l'un fibromateux, l'autre gravide.

Je supprimais la cloison vaginale d'un coup de ciseau donné après avoir placé un écraseur pour éviter toute hémorragie.

La malade voit mon maître Demelin qui confirme mon diagnostic. Mais en décembre (retard de cinq mois) la malade avorte d'un œuf contenu dans l'utérus que je pensais fibromateux.

Enfin, en mars 1900 (8^e mois), j'accouchais cette jeune

femme, l'enfant pesait 2.480 grammes et fut extrait par une application de forceps dans l'excavation (suppression des contractions).

Je fis la délivrance artificielle pour me rendre compte des rapports des 2 utérus : les 2 cols étaient unis en canons de fusil, les corps étaient complètement indépendants.

OBSERVATION XII

(Société d'Obstétrique, Gynécologie et Pédiatrie
de Paris, 1900, p. 27.)

Bouffe de Saint-Blaise. — *Utérus didelphe et vagin double
présentation d'une pièce anatomique*

Pièce recueillie sur une femme quatre jours après un avortement incomplet de deux mois et demi.

Comme cette femme présentait à son arrivée une température élevée, et des signes de septicémie due à la rétention du placenta putréfié, on fit un curetage.

La cloison séparant les 2 vagins n'arrivant pas jusqu'à la vulve, c'est le hasard qui fit que l'interne du service, en pratiquant l'opération, mit successivement sa main dans les 2 vagins et fut fort étonné de trouver 2 cols qui ne présentaient aucune ressemblance, l'un était fermé, l'autre béant et laissait passer des débris placentaires.

Cette femme mourut le troisième jour.

Description de la pièce. — Le vagin est unique dans sa partie externe sur un trajet de 3 centimètres (probablement déchirures de la cloison par accouchement précédent).

Là commence une paroi qui sépare le canal en deux por-

tions presque égales. On ne remarque aucun orifice à la partie supérieure de cette cloison, chaque vagin communiquant avec l'utérus du même côté.

Les 2 utérus sont d'inégale grosseur. Le droit, qui était gravide, mesure 63 millimètres dans sa plus grande largeur et 109 dans sa longueur ; le col est refermé et intact ; les culs-de-sac sont normaux.

L'utérus gravide mesure 52 millimètres dans sa plus grande largeur et 7 centimètres de long, mais son col présente un sillon cicatriciel analogue à ceux que l'on rencontre chez les multipares. Cette cicatrice située à la partie interne et moyenne est suivie d'un orifice faisant communiquer les 2 cavités cervicales à quelques millimètres du bord externe du col. Cette communication est probablement artificielle. Il faut aussi remarquer qu'il est presque certain que les 2 utérus ont été gravides, la femme étant tertipare.

Si on examine la pièce par sa face antérieure, on peut noter que la symétrie de situation des 2 organes est presque parfaite et qu'ils divergent régulièrement, laissant passer le rectum exactement au milieu. Celui-ci est uni aux utérus par un repli péritonéal s'infléchissant à droite et à gauche et formant ainsi 2 petits culs-de-sac très peu profonds remplaçant le cul-de-sac de Douglas.

Enfin, les reins et les uretères sont normaux.

CONCLUSIONS

1° En cas d'utérus didelphe, il existe une synergie physiologique entre les deux utérus. Pendant la grossesse de l'un d'eux, les règles sont supprimées du côté opposé et il y a formation de caduque dans les deux cavités utérines.

2° L'utérus didelphe gravide a un développement latéral. La tumeur utérine peut donc donner l'apparence d'une masse annexielle surtout si l'on sent par ailleurs la moitié utérine non gravide. La clef du diagnostic est dans la découverte de la division de l'appareil génital.

3° La grossesse ne va généralement pas à terme : les accouchements au septième et huitième mois sont fréquents. Ces femmes devront donc être surveillées étroitement à partir du sixième mois.

4° L'utérus didelphe peut être cause d'inertie utérine.

5° L'utérus inhabité en rétroversion, inclus dans le petit bassin, peut être agent de dystocie en empêchant la descente du fœtus.

Si la réduction manuelle de cette rétroversion n'a pu être réussie, la césarienne est l'opération de choix. Pour prévenir cette dystocie, il semble excessif de

faire par avance et de façon systématique une hystérectomie ou une pexie haute de l'utérus non gravide. L'emploi de la position de Trendelenbourg, au besoin sous anesthésie, pourrait être suffisante pour réduire l'utérus rétroversé et prévenir la dystocie.

Vu, le Président de la thèse

J.-L. FAURE

Vu : le Doyen

ROGER

**Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris**

P. LAPIE

BIBLIOGRAPHIE

Annales de Gynécologie

- 1900, p. 624. *Bouffe de Saint-Blaise*. — Utérus didelphe et vagin double.
- 1901, p. 401. — Grossesse, rétention des règles et duplicité du canal génital.
- 1904, p. 23. — Utérus double et hématométrie latérale.
- 1904, p. 702. *Ombredanne*. — Les utérus doubles.
- 1906, p. 393. *Bouffe de Saint-Blaise et Couvelaire*. — Grossesse et utérus didelphe.
- 1907, p. 86. *Mantel*. — Grossesse dans un utérus double prise pour une grossesse ectopique.
- 1900, p. 471. *Mériel*. — Utérus double avec pyomètre postabortum.
- 1911, p. 116. — Utérus double bi-cervical.

Obstétrique et Gynécologie

- 1920, p. 22. *Potocki et Levant*. — Corne non gravide rétrofléchie d'un utérus didelphe. Césarienne.
- 1924, p. 292. *Dambrin et Bernardblij*. — Un cas curieux d'utérus didelphe, fibrome d'un côté, grossesse de l'autre. Hystérectomie.

Société d'obstétrique de Paris

- 1902, p. 25. *Maire*. — Utérus double avec deux grossesses simultanées.

1902, p. 196. *Demelin.* — Accouchement dans un utérus double.

1902, p. 277. *Bar.* — Grossesse et accouchement dans un utérus didelphe.

1902, p. 280. *Rèynes.* — Grossesse et accouchement dans utérus et vagin doubles.

1910, p. 253. *Lequeux.* — Utérus didelphe.

Société d'obstétrique, gynécologie et pédiatrie de Paris

1910, p. 271. *Bouffe de Saint-Blaise.* — Utérus didelphe et vagin double.

1906, p. 121. *Rudaux.* — Grossesse et utérus didelphe.

1906, p. 137. *Bouffe de Saint-Blaise et Coupelaine.* — Utérus didelphe et expulsion de caduque.

1908, p. 165. *Audebert.* — Grossesse et accouchement dans un utérus didelphe.

Société d'obstétrique de France

1897, p. 14. *Pruvost.* — Utérus double. Cinq grossesses.

1902, p. 61. — Grossesse double dans l'utérus double.

L'Obstétrique

1904, p. 209. *Guérin-Valmale.* — Evolution de la puerpéralité dans l'utérus didelphe.

Bulletins de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie

1913, p. 269. Utérus double. Hématométrie unilatérale.

1913, p. 504. Grossesse normale après hémihystérectomie pour hématométrie dans un utérus double.

1913, p. 539. *Brindeau*. — Deux cas d'utérus septus gravidus.

1914, p. 277. *Vautrin*. — Hématocolpos latéral et duplicité utéro-vaginale.

Bulletins et Mémoires de la Société Anatomique de Paris

1920, p. 466. *Baudet*. — Utérus didelphe avec cavité gravidique, l'autre conduisant dans un vagin imperforé ayant donné lieu à un hématocolpos.

Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris

1910, p. 1010. *Morestin*. — Sur les grossesses dans les utérus doubles.

Association Française de chirurgie

1910, p. 430. *Daspres*. — Utérus et vagin doubles. Grossesse et accouchements normaux.

Lyon Médical

1909, p. 409. *Bouquet*. — Paludisme. Grossesse utérus double.

Revue Médicale de la Suisse

1919, p. 19. *Bastian*. — Utérus didelphe.

Bibliographie étrangère

Bambridge (W. S.). — Duplex uterus with multiple pregnancy report of cases (Ann. Obst. et Gynec., 1924, VII, 285).

- Fitz Patrick (G.)*. — Successive pregnancy in each member of a didelphys uterus with cesarean delivery in each case on account of dystocia caused by retroversion of the non pregnant uterus (Ann. Homeopathy. Chicago, 1924, XVII, 17).
- Mundell (J. J.)*. — A case of pregnancy in a double uterus (Ann. Obst. et Gynec. Saint-Louis, 1923, VI, 601).
- Cowles (A. C.)*. — Case of pregnancy following cesarean section with subtotal hysterectomy in a case of unrecognised uterus duplex (Ann. obst. et gynec., 1922, III, 652).
- Dobre (D. R.)*. — Pregnancy and labour in a double uterus (Edinburgh Obst. Soc., 1922, XII, 20).
- Kerr (J. M. M.)*. — Notes on a case of uterus bicornis unicollis (symetricus) in which resection of the uterus was performed and followed by two normal pregnancies (Royal Med. Chir. Soc. Glasgow, 1922, XV, 145).
- Kickham (C. J.)*. — Uterus duplex with pregnancy. (Soc. Gynec et Obst., 1922, XXXV, 993).
- Yates (H. W.) et Morse*. — A case of uterus septus with hyperemesis gravidarum, interruption of pregnancy at three and one half month followed by peritonitis. recovery (Ann. Obst. New-York., 1913, LXVII, 347).
- Yakub*. — Utérus bilocularis puerperales complicated by fibroma (Med. Observ. Work., 1909, LXXII, 153).
- Hicks (H. M.)*. — Double uterus and vagin ; pregnancy and normal delivery (Homeopath. M. Soc. New-York., 1909, LIII, 126).

- Acker (A.E.).* — Pregnant double uterus (J. Ann. Med. Assoc. 1911, LVII, 213).
- Turner (G. G.)* *Notuberland et Durham.* — Double uterus with intra uterin polypus and infected ectopic gestation (M. J. Newcastle, 1909, XIII, 118).
- Johnston (G. B.).* — A case of uterus didelphys with delivery of fullterm child by cesarean section for one organ and hysterectomy of other for large myoma (Tr. South Surg et Gynec. Ass. Birningham, 1905, XVII, 500).
- David (J.).* — Case of parturition in double uterus, cervix and vagina (Glascon Med. Journal, 1907, LXVIII, 47).
- Gemmelet Paterson.* — Duplication of badder, uterus, vagina and vulva with successive fullterm pregnancy and labour in each uterus (Obst. et Gynecia. British. Emp. London, 1913, XXIII, 25).
- Baero (É. A.).* — Partoprematuro distocico en un uterodidelfo operacion de Porro modificada (Semana med. Bueno-Ayres, 1923, XXX, 823).
- Berthik.* — Thèse Heidelberg, 1913.
- Joachim.* — Thèse Berlin, 1905.
- Trapet.* — Thèse Bonn, 1906.
- Dietel.* — Uterus duplex mit graviditæt im linken corpus utéri (Deuth Med. Woch., 1911, XXXVII, 1370).
- Kirschbäch.* — Uterus bicornis unicollis mit gleichzeitiger graviditæt im jedem der beiden Hörner und werscheiden zeitiger Ansstruung lebende und lebensfähiges Frücht (Deuth Med. Woch., 1913, XXXIX, 1253).

Finzi (C.). — Contributo allo studio della funzione di refusione in casi di utéro doppio (Arte astet milano 1902, XVI, 65).

Bernard (H. W.). — Thèse Leipzig, 1904.

Pollak. — Uterus duplex separatus und vagina septa (Arch. Gynack. Berlin, 1905., LXXV, 317).

Jaruika. — Ueberdehnung der wand einer graviden uterus bilocularis (Gynæk. Leipzig, 1903, XXVII, 1334).

